



Ф.И.О. \_\_\_\_\_ дата  
полностью: \_\_\_\_\_ рождения: \_\_\_\_\_  
Фактический адрес  
проживания: \_\_\_\_\_  
Адрес по месту  
постоянной регистрации: \_\_\_\_\_  
Реквизиты документа, \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата  
удостоверяющего личность \_\_\_\_\_ выдачи: \_\_\_\_\_  
(паспорт): серия \_\_\_\_\_  
Наименование  
выдавшего органа: \_\_\_\_\_  
Контактный \_\_\_\_\_ Адрес  
телефон: \_\_\_\_\_ электронной  
почты: \_\_\_\_\_

#### 1) СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ООО «Нейро-клиника», место нахождения: 117186, г. Москва, ул. Нагорная, д. 17, корп. 6, ИНН 7701362594, ОГРН 1137746528644, КПП 772701001 (далее «Клиника») моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, дата рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), в случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее «Персональные данные»). Предоставляю Клинике право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои Персональные Данные посредством внесения их в электронную базу данных. Клиника вправе обрабатывать мои Персональные данные для целей использования мной Личного кабинета. Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. В процессе оказания Клиникой мне

медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Клиники, осуществляющим хозяйственную деятельность Клиники и третьим лицам, уполномоченным Клиникой на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Клиники при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику медицинских услуг, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я понимаю, что я имею право отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Клинике под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Клинике через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Я согласен(а) на проведение видеонаблюдения в Клинике и на ее территории. Я согласен(а) с тем, что материалы, полученные (и зафиксированные) при помощи видеокамер о состоянии моего здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также в ходе консультаций врачей, могут быть использованы сотрудниками Клиники для исполнения своих должностных и трудовых обязанностей. Я подтверждаю, что проведение видеонаблюдения и фиксация данных не нарушает моего права на частную жизнь .

Я уполномочиваю указанное ниже лицо (представителя) получать у Клиники конфиденциальную информацию в отношении меня, ставшую известной Клинике в ходе оказания мне медицинских услуг, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну. Указанная конфиденциальная информация может быть предоставлена вышеуказанному лицу при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность. Я обязуюсь уведомить указанное лицо о передаче его персональных данных Клинике. Клиника прекращает обработку персональных данных представителя на основании его обращения.

1. Назначить третье лицо моим  Д  Х  Н  
представителем в Клинике:  А  ЕТ \_\_\_\_\_

Данные Представителя :

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_  
полностью: \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

(паспорт): серия \_\_\_\_\_

Наименование  
выдавшего органа: \_\_\_\_\_

Контактный  
телефон: \_\_\_\_\_

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения В соответствии с п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", уведомляем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе

назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. С уведомлением ознакомлен,

_____ ФИО	/	_____ Место для подписи	/	_____ Дата
_____ ФИО	/	_____ Место для подписи	/	_____ Дата

## 2) ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

В соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих диагностических и лечебных процедур и манипуляций:

- медицинская консультация, а именно опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр врача (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, консультация врача (дежурного, лечащего, врача-специалиста и т.д.)
- анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.);
- антропометрические исследования, термометрия, тонометрия;
- неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, органов слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование

электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);  
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;  
- медицинский массаж, лечебная физкультура;  
- пероральный прием лекарственных препаратов, ректальное введение лекарственных препаратов;  
- парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.); физиотерапевтические процедуры; зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д.;

**Я даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости оперативного вмешательства при условии дополнительного информирования об этом.**

**За исключением случаев, когда имеется непосредственная угроза моему здоровью, мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции:** \_\_\_\_\_

*(указать, если применимо)*

**В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.**

**Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.**

**Я знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.**

**Я осведомлен(а), что нарушение врачебных рекомендаций и показаний, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию/возникновению местных и/или общих осложнений, а также снижает качество оказанных услуг.**

**Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.**

**Я информирован(а) о том, что при оказании медицинских услуг могут возникнуть экстренные непредвиденные обстоятельства и/или осложнения, требующие неотложного расширения объема оказания медицинской помощи, в проведении которой я полностью доверяю Клинике, без моего предварительного письменного согласия.**

**Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск**

**предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.**

**Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.**

/	/	
_____ <b>ФИО</b>	_____ <b>Место для подписи</b>	_____ <b>Дата</b>
/	/	
_____ <b>Лечащий врач / ФИО</b>	_____ <b>Место для подписи</b>	_____ <b>Дата</b>